FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année — **THÈSE** — N° 96

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 *janvier* 1888, *à* 1 *heure*

PAR M. LAHAYE,

Né à Neuil-sous-Passavant (Maine-et-Loire), le 19 novembre 1855.

DU

CANCER PRIMITIF

DU VESTIBULE DE LA VULVE



Président : M. RICHET, *professeur*.

Juges : MM. { PETER, *professeur*. HANOT, BOUILLY, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverse parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, SUCCESSEUR DE A. PARENT

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1888

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie....................................	MM. FARABEUF.
Physiologie....................................	CH. RICHET.
Physique médicale....................................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..............	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale..........................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales..................	BOUCHARD.
Pathologie médicale....................................	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale....................................	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique....................................	CORNIL.
Histologie....................................	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils....................................	DUPLAY.
Pharmacologie....................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.................	HAYEM.
Hygiène....................................	PROUST.
Médecine légale....................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés..........................	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie........	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.............	N....
Clinique médicale....................................	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants..................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale....................................	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.........	CHARCOT.
Clinique chirurgicale....................................	RICHET VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique..........................	PANAS.
Clinique d'accouchements..........................	N...

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	OLLIVIER.	REMY.
BLANCHARD.	HANOT.	PEYROT.	REYNIER.
BOUILLY.	HANRIOT.	POIRIER, chef des Travaux anat.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	ROBIN (Albert).
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SCHWARTZ.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	TROISIER.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ces dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

DU

CANCER PRIMITIF

DU VESTIBULE DE LA VULVE

DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET

Tous les auteurs qui se sont occupés des néoplasmes des organes génito-urinaires chez la femme, ont remarqué la rareté des tumeurs malignes de la vulve, d'autant plus apparente qu'elle contraste avec la fréquence excessive du cancer utérin. Quant aux tumeurs malignes débutant au niveau ou au voisinage du méat urinaire, si un assez grand nombre d'auteurs les signalent la plupart indiquent en même temps leur excessive rareté, et peu ont essayé de rassembler les cas connus pour en tracer une histoire d'ensemble. Cependant il semble que ces tumeurs, par les caractères spéciaux qu'elles tirent de leurs rapports immédiats, à la fois avec les organes de l'excrétion urinaire et de la génération, par leur mode d'extension qui semble à peu près uniforme, et qui paraît les rendre passibles de procédés d'exérèse

pour ainsi dire réglés, méritent d'être séparées non-seulement du cancer de la vessie et de celui du vagin, mais aussi des cancers qui débutent sur la vulve en dehors du vestibule.

C'est dans l'espoir de contribuer à combler cette lacune, que nous avons entrepris ce travail.

L'idée en est due à M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer un cas inédit de cette affection observé par lui avec M. le professeur Richet.

Que M. Picqué reçoive ici le témoignage de notre profonde reconnaissance, pour les précieux encouragements qu'il a bien voulu nous donner dans le cours de cette étude.

Quels qu'aient été nos efforts pour rassembler les documents relatifs à notre sujet, nous n'osons nous flatter d'avoir réussi à le traiter d'une façon suffisamment complète.

Cependant la rareté même des travaux entrepris jusqu'ici dans ce sens, nous donne l'espoir de n'avoir pas fait œuvre inutile.

Nous prions M. le professeur Richet, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, de vouloir bien recevoir nos respectueux remerciements.

HISTORIQUE

Morgagni semble avoir cherché le premier à distinguer quelques tumeurs de l'urèthre (1751).

André en 1756, publie les *Observations pratiques sur les maladies de l'urèthre*, où il insiste sur la propagation de ces affections à la vessie.

En somme, rien qui concerne nettement le sujet qui nous occupe, et, pour en trouver une première étude précise, il nous faut arriver jusqu'à Riberi (1844.) Cet auteur donne l'observation que nous relatons ici (obs. I), et se livre à quelques considérations sur le pronostic et le traitement.

Nous trouvons un second cas signalé, mais sans détails, dans le traité d'anatomie chirurgicale de Jarjavay (1852).

Melchiori, en 1869, publie quatre faits nouveaux qui lui sont personnels, dont un avec examen microscopique de la tumeur. Cet auteur n'a encore connaissance que du cas de Riberi. Il insiste sur le procédé opératoire qui lui est particulier.

Enfin Winckel, en 1885, rappelle les cas précédents, ainsi qu'un fait de Bordenhauer, un de Thomas que nous aurons occasion de rappeler, où il s'agit d'un carcinome, un de Schlesinger, et parle de deux qui lui sont personnels. Cet auteur discute les indications thé-

rapeutiques, et pose les conditions de l'intervention chirurgicale.

Telle est la courte énumération des faits que nous avons pu recueillir.

Nous y ajouterons celui de M. Richet.

Toutes les autres relations qui nous ont passé sous les yeux concernent des faits de cancer secondaire, comme celui de Beyne, de Bonburg, qui parle d'une tumeur encéphaloïde de 11 livres siégeant au méat, et coïncidant avec un cancer de l'utérus.

ÉTIOLOGIE

Nous laisserons naturellement de côté toute question relative aux causes générales du cancer, en tant que nous n'y serons pas conduit par les conditions particulières relevées dans les faits qui concernent notre sujet. Ces faits, on le conçoit aisément, sont en trop petit nombre pour prêter à des considérations étiologiques dignes d'un grand crédit. Cependant quelques particularités nous ont semblé tout à fait frappantes.

D'abord, relativement à l'*âge*, Lebert, qui rapporte 4 cas de cancer de la vulve, avance que cette affection se montre surtout de vingt à vingt-cinq ans, tandis que Deschamp, se basant sur un plus grand nombre d'observations, indique le maximum entre soixante et soixante-dix ans, après la ménopause.

Pour le cancer du vestibule, qui seul nous occupe, tous les cas où l'âge et les conditions des malades sont signalés, se sont produits *après* la ménopause. Les malades avaient, à l'époque où l'affection s'est révélée, deux 49 ans, une 52 ans, une 59 ans, une 62 ans.

Dans le cas de Riberi, une tumeur a été constatée dès l'enfance, mais à l'époque où elle semble avoir revêtu un caractère de malignité, la malade avait 48 ans et la ménopause venait de s'accomplir.

Les autres particularités concernent diverses conditions locales des organes génito-urinaires.

Sur 9 cas, nous trouvons six femmes ayant eu des grossesses, ce qui n'a rien de bien surprenant ; mais il est à remarquer que si deux n'ont eu qu'un accouchement, une troisième en a eu trois, une quatrième cinq, une cinquième huit, une sixième dix ; la septième malade, celle de M. Richet, avait été affectée d'un fibrôme utérin qui s'élimina spontanément sous l'influence de l'ergot de seigle. Pour les deux autres cas, il n'est fait aucune mention à ce sujet.

Nous trouvons notés, deux fois de la *leucorrhée* datant de longtemps, une fois le *prolapsus utérin*, une fois des *calculs uréthraux* et *vésicaux* ; enfin, dans un cas, l'usage immodéré de la chaufferette, dont l'influence irritative sur la peau des membres inférieurs et les organes génitaux externes n'est plus à signaler depuis longtemps.

Enfin, dans le cas de Riberi, il semble bien que le cancer se soit développé sur une tumeur bénigne qui existait depuis l'enfance.

Il est impossible de ne pas voir plus que des coïncidences dans la présence de toutes ces causes d'irritation locale. Etant donnée surtout la nature généralement épithéliomateuse de la lésion, ainsi que nous l'établirons plus loin, on ne peut pas s'empêcher de rapprocher ces faits de l'opinion d'Hutchinson, d'Ozanne, qui ont accusé les syphilides anciennes de la vulve de se transformer en cancer, des faits de West, où un traumatisme violent, de Jouin, où des plaques de psoriasis vulvaire, ont précédé l'apparition du cancroïde, enfin de tous les faits, aujourd'hui bien connus, de développement de

l'épithélioma au niveau d'une lésion locale, leucoplexie, lupus, cicatrices, ulcères de diverses natures.

Fréquence. — La fréquence absolue de l'affection qui nous occupe est certainement très peu considérable. Si nous envisageons le cancer de la vulve pris en bloc, et c'est surtout de cette façon que les auteurs s'en sont occupés, nous trouvons que tous s'accordent à en reconnaître la rareté.

Dans la statistique de M. d'Espine, de Genève, qui porte sur 471 cas de cancer, on ne trouve pas un seul cas de début par la vulve.

Dans celle de Tanchon, sur 9.118 cas de cancer, se trouvent 14 cas de cancer primitif du vagin, et seulement deux cas de cancer de la vulve. Cependant cette statistique ne paraît pas répondre à l'opinion générale sur la fréquence relative du début par la vulve et par le vagin. On considère ordinairement le premier comme le plus fréquent (de Sinéty, Levrat, etc.).

Sur les 27 cas de Rondot, 21 se rapportent au début par la vulve, et 6 seulement au vagin.

Quoi qu'il en soit, si le début par le vestibule ou même l'urèthre est cité en passant par un certain nombre d'auteurs (de Sinéty, Rondot, Levrat), nous n'avons pu trouver que 9 cas pour lesquels ce début soit expressément signalé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous croyons devoir ne parler ici que de l'anatomie microscopique de la tumeur : les détails sur ses rapports, la topographie de l'envahissement et les lésions ganglionnaires ou autres qui peuvent l'accompagner, nous paraissent devoir mieux trouver leur place dans la description des symptômes.

Les tumeurs malignes de la vulve se rapportent le plus souvent à l'épithélioma pavimenteux (de Sinéty, Levrat). Presque toujours, il s'agit de la variété tubulée (Picqué).

Il semble en être de même pour le cancer du vestibule.

Dans le cas de Riberi, le plus ancien, croyons-nous, qui ait été publié, la tumeur est décrite comme une dégénérescence squirrheuse lardacée ; l'absence d'examen microscopique enlève toute valeur à ce fait.

Sur les 4 observations de Melchiori, il est dit dans une que l'examen microscopique permit d'affirmer que la tumeur était un cancroïde.

Dans les cas de Schlesinger et de Winckel, il s'agit également d'épithélioma pavimenteux.

En somme, dans tous les cas, malheureusement en bien petit nombre, où l'examen microscopique a été pratiqué, on a trouvé l'épithélioma, sauf dans celui de Thomas, où la tumeur était un carcinôme.

Nous croyons devoir rapporter ici l'examen de la tumeur enlevée par M. Richet, tant à cause de la pénurie des documents, que de l'intérêt tout spécial de ce fait. Il nous montre, en effet, l'épithélioma encore au début, et peut fournir des données pour un diagnostic anatomique, qui, dans le cas particulier, s'est trouvé confirmé par la marche de la maladie. Cet examen, d'ailleurs, acquiert une haute valeur par la compétence toute spéciale de son auteur, M. Brault.

La tumeur a été trouvée formée uniquement de boyaux tapissés d'épithélium cylindrique sur plusieurs couches.

Quand on considère une cavité isolément, on voit que l'épithélium est supporté par des végétations papillaires très irrégulières de forme, et de dimensions très différentes. Le tissu conjonctif de ces papilles est presque exclusivement embryonnaire. Tout autour des boyaux épithéliaux, il existe des vaisseaux capillaires extrêmement dilatés, et même, dans la partie profonde de la tumeur, de véritables hémorrhagies interstitielles.

Sur la face libre, la tumeur est exulcérée, et quelques cavités viennent s'ouvrir à la surface.

La tumeur est encore d'un trop petit volume pour pouvoir affirmer qu'on est en présence d'un épithélioma au début. Cependant l'abondance du tissu conjonctif jeune, la présence d'hémorrhagies interstitielles et l'irrégularité du revêtement épithélial dans les cavités les plus grandes, sont bien plus en rapport avec l'hypothèse d'un épithélioma qu'en faveur d'une production glandulaire simple.

Or le néoplasme a récidivé, ainsi qu'il est dit plus loin dans l'observation. Il semble donc bien que ce soit là un cas de plus en faveur de la fréquence relative de l'épithélioma dans cette région. Quant à sa variété, on sait que la présence exclusive de cellules cylindriques dans les premières phases n'implique nullement qu'on soit en présence de la forme dite cylindrique de l'épithélioma. D'autre part, vu la fréquence générale de l'épithélioma pavimenteux, et la région où notre tumeur s'est développée, il est infiniment probable qu'il s'agit encore ici d'épithélioma pavimenteux.

SYMPTOMATOLOGIE ET PRONOSTIC

Souvent, d'après Winckel, c'est l'existence d'une tumeur qui appelle tout d'abord l'attention de la malade, alors que cette tumeur est considérablement développée ulcérée ou saignante.

Nous sommes cependant porté à croire que ce sont plutôt des sensations *douloureuses* de diverses natures, qui trahissent en premier lieu l'existence de l'affection. Tantôt tout se borne d'abord à du prurit, tantôt ce sont des sensations de piqûre, de brûlure, au niveau et autour de l'urèthre, tantôt des élancements passagers. Très souvent les douleurs redoublent ou surviennent seulement à l'occasion du coït, qu'elles finissent par rendre insupportable. On trouve notée plusieurs fois dès le début, de la douleur pendant les mictions.

Les choses peuvent en rester là pendant un temps variable. Ensuite les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité. Dans un cas de Melchiori, on note leurs irradiations au bassin, aux aines et aux cuisses, à une époque où la tumeur n'avait certainement pas encore pris une grande extension.

A un moment donné, aux douleurs viennent se joindre des *écoulements* de diverses natures, quelquefois d'une grande importance diagnostique. Ces écoulements peuvent être *leucorrhéiques* ou *sanglants*.

Les premiers, une fois établis, demeurent à l'état permanent, et souvent, même avant qu'il existe d'ulcération, ils prennent une odeur fétide caractéristique (Loret).

Dans plusieurs de nos observations on trouve mentionné l'écoulement ichoreux, mais pas en l'absence d'ulcérations.

D'autres fois, c'est une leucorrhée qui ne présente rien de particulier.

Les hémorrhagies sont fréquentes : elles peuvent survenir à l'occasion du coït ou même sans cause occasionnelle connue. Elles ne présentent jamais le caractère hématurique, ce que le siège des lésions explique assez aisément. L'hémorrhagie peut être rare et peu abondante : la chemise est simplement tachée ; d'autres fois, elle est assez considérable pour imprimer à l'affection une gravité toute particulière.

Il est à noter que la miction, si elle est fréquemment douloureuse, semble rarement entravée, au moins dans les premières périodes de l'affection ; nous ne trouvons l'ischurie par accès mentionnée que dans l'observation de Riberi. Cependant le cancer de la vulve s'accompagne fréquemment de dysurie ou de rétention d'urine (Picqué).

Ces phénomènes ont pu se produire chez nos malades à des périodes plus avancées sur lesquelles toutes les observations manquent de détails. Quant à l'absence d'entraves à la miction, elle est intéressante à rapprocher de l'intégrité fréquente des couches de la paroi urèthrale sur laquelle nous reviendrons plus loin.

A l'exploration locale, l'affection peut se manifester sous différentes formes. Remarquons d'abord qu'on a pu assez rarement en observer les premières phases, les malades ne venant consulter que lorsque la tumeur est déjà volumineuse et même ulcérée. Cependant, d'après Riberi et Melchiori, le début se fait sous forme d'un bouton, d'une saillie tuberculeuse dure, d'une sensibité très variable à la pression, et siégeant au vestibule et dans le voisinage de l'urèthre.

Il est supposable, bien que nous n'en ayons pas de preuves absolues, que le début ulcéreux peut également s'observer ; dans ce cas, l'ulcération siégerait au pourtour du méat, comme dans le cas de M. Richet, qui semble se rapporter à cette forme.

Ultérieurement, le néoplasme peut faire saillie à l'extérieur, entre les lèvres de la vulve; on ne l'a pas vu alors acquérir le volume d'une amande sans s'ulcérer. Il se trouve inséré sur un des bords du méat, ou il l'entoure complètement.

En même temps que la tumeur grossit, et constamment d'une façon précoce, le néoplasme gagne vers la profondeur et entoure plus ou moins l'urèthre.

La saillie extérieure peut manquer d'abord, et le néoplasme se développer exclusivement le long de l'urèthre (Observ. de M. Richet), ou il peut, également sans faire saillie à l'extérieur, gagner à la fois en profondeur, le long de l'urèthre, et en surface autour de lui, dans la région du vestibule (Observ. de Melchiori).

En somme, dans les premiers mois de l'affection, il peut y avoir soit une tumeur extérieure saillante arron-

die, généralement ulcérée, se prolongeant vers la profondeur le long de l'urèthre ; soit une induration plus ou moins bien limitée de la région vestibulaire ; soit seulement une couche assez unie d'induration péri-uréthrale formant un cylindre plus ou moins complet.

On voit que la seule disposition constante est l'induration péri-uréthrale commençant au méat et se prolongeant plus ou moins vers l'orifice opposé du canal.

Riberi et Melchiori, qui insistent sur ce point, ont fait en même temps une remarque assez curieuse : c'est l'intégrité, toujours ou longtemps conservée, des diverses couches qui constituent la paroi même de l'urèthre.

Cependant ce caractère ne saurait être considéré comme absolu et la paroi uréthrale proprement dite peut être intéressée et ulcérée dans le voisinage du méat. (Richet, Winckel.)

Tumeur et ulcération, quand elles existent, revêtent les caractères ordinaires propres aux néoplasmes malins, caractères sur lesquels nous reviendrons à propos du diagnostic.

La *marche* de la maladie est assez difficile à préciser à certains points de vue ; il en est de même de sa durée totale, ce qui d'ailleurs est bien en rapport avec la forme anatomique qu'elle revêt généralement. On sait en effet que malgré sa marche fatalement envahissante, rien n'est plus variable dans ses allures que le cancer épithélial.

Pour celui qui nous occupe, l'époque de l'ulcération, par exemple, nous semble varier dans des limites con-

sidérables, depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années après le début.

De même pour l'engorgement des ganglions inguinaux mentionné dans trois cas ; leur apparition la plus précoce est signalée à quatre mois des premiers symptômes (Obs. de Melchiori).

Les ganglions envahis sont en général, petits et durs. Ils augmentent ensuite de volume et deviennent de plus en plus douloureux. Leur ulcération n'a pas été signalée. Dans un cas, ces ganglions, non extirpés, seraient entrés spontanément en résolution après l'ablation de la tumeur (Riberi).

Moins capricieux semble être le mode d'extension du néoplasme, et il affecte, sinon chronologiquement, du moins topographiquement, une marche assez uniforme pour que Winckel ait cru pouvoir la diviser en trois périodes, dont la distinction nous semble utile au point de vue thérapeutique.

Nous avons déjà vu que l'envahissement de la périphérie de l'urèthre, d'avant en arrière, semblait constante. La première période de Winckel va jusqu'au moment où la moitié de la longueur de l'urèthre est ainsi envahie, soit 12 à 15 millimètres.

Dans une seconde période, le néoplasme arrive jusqu'au fascia du bassin et au col vésical, non compris celui-ci.

Dans une troisième et dernière période, l'extension se fait en largeur : le néoplasme, gagnant le clitoris, arrive jusqu'à la symphyse et latéralement jusqu'aux branches descendantes du pubis, derrière lesquelles il s'étend de plus en plus ; en outre, fait capital

au point de vue de l'opération, le tissu cellulaire péri-vésieal antérieur et le eol de la vessie sont intéressés à leur tour.

Le bas-fond de la vessie peut également se prendre (Winckel).

C'est alors également qu'on voit l'envahissement des petites lèvres et du pourtour inférieur du vagin. On a signalé une fistule caneéreuse uréthro-vaginale.

A cette époque, l'ulcération oceupe une large surfaee ; la sécrétion iehoreuse est abondante ; les hémorrhagies se répètent; les douleurs deviennent atroees. L'état général, souvent déjà altéré dès la seeonde période, s'aggrave de plus en plus.

La mort survient sans doute le plus souvent par les progrès de la caehexie.

Jarjavay signale la généralisation cancéreuse ; il pouvait s'agir d'un earcinôme : on sait eombien la généralisation est rare pour l'épithélioma.

Dans l'autopsie de Winckel, l'absence de noyaux secondaires est expressément signalée. Dans ce eas, la mort avait été la conséquence de phénomènes urémiques ; mais il y avait eoexistence de calculs uréthraux et vésicaux.

Dans la seule observation complète, où la malade ait été suivie jusqu'à la mort, la durée totale a été de huit mois environ, à dater des premiers phénomènes douloureux. Mais ces phénomènes marquent-ils bien le début de l'affection ? En tous eas e'est le minimum de la durée observée.

Dans un autre cas de Melchiori, la mort n'était pas encore survenue deux ans après le début.

Dans un certain nombre de cas, les premiers symptômes dataient de plusieurs années avant l'opération : 3 ans (Melchiori) 5 ans (Richet).

DIAGNOSTIC.

Dans la plupart des cas, le diagnostic a été facile, les malades s'étant présentées à une période déjà avancée de l'affection. Evidemment, dans ces cas, la consistance ferme, l'adhérence aux parties voisines — et en particulier à la muqueuse vestibulaire —, les caractères de l'ulcération cancéreuse avec ses bourgeons fongueux et son écoulement fétide, l'engorgement ganglionnaire ne permettent pas l'erreur. Est-il besoin d'indiquer la nécessité absolue d'une exploration locale détaillée pour éviter une confusion grossière avec une affection utérine ?

Mais les choses peuvent ne pas se présenter aussi nettement, et nous allons passer en revue brièvement les principales affections susceptibles d'être confondues avec le cancer du vestibule.

Auparavant mentionnons quelques éléments de diagnostic différentiel qui peuvent convenir à tous les cas et ne devront jamais être négligés. La recherche de l'hérédité cancéreuse est toujours importante ; il en est de même de la considération de l'âge : nous avons vu en effet le cancer du vestibule survenir, dans tous les cas qui nous sont connus, après 40 ans, et après la ménopause. Au contraire, les néoplasmes non-cancéreux de la vulve et de l'urèthre se rencontrent surtout avant cet âge, et pendant la période d'activité sexuelle.

Quant aux phénomènes fonctionnels, il y a moins à eompter sur eux qu'on ne pourrait le supposer : un grand nombre de tumeurs bénignes, en effet, donnent lieu à des douleurs parfois atroees ; pourtant les accès douloureux dans ces eas ne sont en général pas spontanés. Des hémorrhagies peuvent s'observer également avee une tumeur bénigne. Quant à l'écoulement ieho-reux, il ne survient souvent qu'à une période assez avaneée. En somme, c'est surtout sur l'exploration locale et la marehe de l'affection que se basera le diagnostic.

Il nous suffira de mentionner le *prolapsus* et l'*hypertrophie* de la muqueuse uréthrale : le moindre doute serait levé par la marche de ces affections.

Les *tumeurs vasculaires* n'ont pas la consistanee du eaneer : tendues, rénitentes, elles deviennent turgides à l'époque des règles, ou sous l'aetion d'un effort brusque ou prolongé, de la marche, de la station debout. Le lacis veineux de la muqueuse uréthrale, fortement distendu, communique une couleur violacée à la eouehe qui le reeouvre. Cette stase veineusc peut s'étendre jusqu'au eol de la vessie : il donne au doigt la sensation d'un eylindre spongieux. (Bouilly).

Les *papillomes* et lcs tumeurs *folliculeuses* peuvent siéger au méat ; ce sont de petites tumeurs d'un rouge plus ou moins vif, souvent mollasses, quelquefois dures et saignantes, mais l'induration est toujours bornée à la petite seille elle-même : il n'y a jamais de base indurée. Les papillomes récidivent sur plaec, mais toujours avec les mêmes earaetères : jamais il n'y a d'induration

diffuse ni les autres signes du cancer, quelle que soit l'ancienneté de la maladie.

On a signalé des *adénomes* et des *fibro-myomes* sous-muqueux ; ces produetions, sont sous-muqueuses non-adhérentes ; elles présentent l'accroissement, lent ou nul, des tumeurs bénignes, et ne s'uleèrent pas.

Les *kystes des glandes du méat* présentent tous les caraetères ordinaires des tumeurs kystiques et aucun de ceux du eaneer.

Le *chancre infectant* se présente sous la forme d'une uleération très superficielle, ou d'une saillie papuleuse érodée, très peu suintante. L'induration du chancre présente souvent une forme, et toujours une consistance spéeiale ; l'œdème de la vulve qui l'accompagne fréquemment, la marche aiguë de la lésion, l'engorgement ganglionnaire précoce et à forme spéciale, ne peuvent laisser prise au doute.

Le *chancre simple*, outre sa marehe aiguë, ne repose pas sur une induration ; la peau qui environne le ehancre est saine, tandis qu'elle est rouge et fissurée dans l'épithélioma (E. Deschamps).

Le diagnostie de l'*esthiomène* peut, au contraire des préeédents, donner lieu à des diffieultés extrêmes. L'esthiomène de la vulve peut en effet débuter par la bride du méat (A. Guérin). Or, on a eité des cas où un épithélioma de la vulve, ayant présenté une eieatrisation partielle spontanée, fut considéré comme un lupus, et l'erreur ne put être évitée que par l'examen mieroseopique (Cornil, Monod).

Les prineipaux éléments de diagnostie sont les par-

ties cicatricielles, la lenteur de la marche et l'indolence absolue de l'esthiomène, caractères bien différents, il faut l'avouer, de ceux que revêt, en général, le cancer.

Beigel a rapporté un cas de *sarcôme* du méat. Nous avouons n'avoir pas trouvé dans sa relation d'éléments pour un diagnostic différentiel. L'erreur serait peu importante, puisque le traitement est le même, et qu'ensuite l'examen anatomique permettrait toujours de modifier le pronostic.

De même entre l'épithélioma et le carcimône, nous ne nous croyons pas en possession de données suffisantes pour tenter une différenciation.

D'après M. Picqué (qui parle du cancer de la vulve en général), « le carcinôme est plus bruyant. Il donne « lieu à des douleurs vives, parfois atroces. Sa marche « est plus rapide. Il donne lieu à des hémorrhagies « abondantes. Enfin, l'écoulement ichoreux qui en ré- « sulte a une fétidité plus grande. L'envahissement « ganglionnaire est plus précoce. La cachexie cancé- « reuse se montre de très bonne heure. »

La nature cancéreuse de la tumeur étant reconnue, il reste à déterminer son étendue, ses rapports exacts, l'existence ou non de l'infection ganglionnaire, et enfin à pratiquer l'examen complet de la malade, au point de vue de son état de santé et de l'existence possible de généralisation cancéreuse. Tels sont évidemment les préliminaires nécessaires d'une résolution thérapeutique.

De l'examen général nous n'avons rien à dire. L'examen local sera pratiqué par tous les moyens ordi-

naires, palpation de la tumeur et des régions inguinales, toucher vaginal, etc. Signalons l'examen de l'urine, important au point de vue de la propagation au bas fond, et la palpation de l'urèthre sur la sonde, employée par tous les chirurgiens qui se sont trouvés en présence de cas de cette nature, et qui nous semble le meilleur moyen de déterminer la limite postérieure de l'envahissement.

TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel est évidemment la destruction ou l'ablation de la tumeur.

Nous croyons inutile d'insister sur la destruction par les caustiques, qui ont été unanimement rejetés dans les cas semblables.

Il reste donc l'ablation qui n'a d'autre limite que l'impossibilité d'enlever largement la totalité du néoplasme.

Pas plus pour ce cancer que pour les autres, la présence de ganglions non adhérents n'est regardée comme une contre-indication opératoire. Mais tous les auteurs s'accordent à reconnaître la nécessité de les enlever. Cependant nous voyons (Obs. I) Riberi suivre une pratique différente qui semble couronnée de succès. Malgré cet exemple, nous croyons que la prudence commande en général l'ablation des ganglions simplement suspects.

On considère comme inopérables les cas qui correspondent à la troisième période de Winckel, c'est-à-dire où le néoplasme s'étendant assez largement derrière les branches du pubis et au col de la vessie, il est impossible de savoir à l'examen si une extirpation large serait possible et où elle mènerait.

Il ne nous appartient pas d'essayer de reculer les li-

mites opératoires, d'autant moins que, lors d'une extension aussi grande, l'état général, déjà fort mauvais, constituerait à lui seul une contre-indication puissante.

Dans les limites ci-dessus posées, hormis le cas d'une tumeur diffuse et à marche très rapide, nous considérerons donc l'ablation comme devant être pratiquée, abstraction faite des contre-indications opératoires générales.

Au point de vue de la méthode à suivre, nous croyons utile, pour les cas où l'opération est indiquée, de distinguer deux catégories : 1° la tumeur, encore très peu développée, n'intéresse qu'une partie du pourtour du méat, sans se prolonger le long de l'urèthre, et son excision, suffisamment large, peut être faite sans retrancher une portion de la longueur du canal uréthral sur toute sa circonférence ; — 2° la tumeur est assez développée pour nécessiter une ablation circonférentielle de l'urèthre sur une étendue plus ou moins grande.

Dans le premier cas, l'opération sera en général extrêmement simple comme procédé et comme suites : elle consistera à tirer la tumeur au dehors avec une pince, et à faire une section, au delà de sa base, dans les tissus sains. Cependant faut-il avoir présente à l'esprit la possibilité d'une hémorrhagie abondante, si on opère avec le bistouri ou les ciseaux. C'est ce qui arriva à Beigel dans l'extirpation de son sarcôme. Nous croyons préférable la section à l'aide d'instruments hémostatiques : le galvano-cautère, à l'exemple de Thomas, ou le thermo-cautère, ainsi que le recommandent

MM. Bouilly, Levret, Picqué pour les opérations de ce genre.

Les cas du second ordre se rapportent soit à la première, soit à la deuxième période de la division de Winckel.

Dans la première période, c'est-à-dire quand la périphérie uréthrale est envahie sur une longueur qui n'excède pas 15 millimètres, la couche néoplastique ne présente encore qu'une épaisseur relativement minime. Le cas de M. Richet en représente le type, et nous croyons qu'on ne saurait mieux faire que d'imiter la conduite du savant professeur : une sonde métallique étant introduite dans l'urèthre, et la partie infiltrée fixée à cette sonde à l'aide d'une pince à griffes, l'excision circulaire de toute la partie antérieure du canal fut pratiquée au thermo-cautère. L'opération fut des plus simples, et ne donna lieu qu'à un écoulement de sang insignifiant.

A la seconde période, non seulement l'urèthre doit être extirpé en totalité ou à peu près, mais l'opération est surtout compliquée par l'extension latérale du mal, et aussi (obs. 4 de Melchiori) par la saillie de la tumeur à l'extérieur, qui masque le champ opératoire et gêne les manœuvres. L'hémorrhagie sera souvent abondante: elle résulte de la section des vaisseaux clitoridiens, de l'artère honteuse interne et de la partie supérieure des bulbes du vagin.

L'opération exécutée par Riberi et les incidents qui la compliquèrent sont relatés plus loin (obs. 1). Ces incidents lui inspirèrent des modifications au procédé

qu'il avait employé, et voici celui qu'il conseille de suivre : la malade étant placée sur les coudes et les genoux, isoler la tumeur à droite et à gauche au moyen de deux incisions successives allant des côtés du col de la vessie, jusqu'aux côtés du méat urinaire. Continuer l'isolement de l'urèthre environné de la tumeur, jusqu'à ce que l'urèthre ne tienne plus qu'en arrière, du côté du col de la vessie. Introduire alors dans l'urèthre une sonde de femme portant un sillon longitudinal sur une de ses faces. La sonde et l'urèthre étant saisis et tenus fixés ensemble, diviser l'urèthre sur la cannelure, au moyen d'un bistouri droit, jusqu'au delà de la partie malade. Faisant tenir alors la sonde par un aide, l'opérateur saisit de la main gauche l'urèthre fendu, dégagé de la sonde et pendant dans le vagin, et, avec le bistouri tenu de la main droite, divise d'un trait l'urèthre aux limites de la partie saine avec la partie malade. De cette façon, la sonde se trouvant placée d'avance dans la vessie, on peut pratiquer immédiatement un tamponnement solide.

Une des opérations de Melchiori est rapportée plus loin en détail (obs. 2). Voici les traits principaux de son procédé, qu'il a eu l'occasion de mettre en pratique deux fois.

Melchiori place la femme sur le dos, dans la position obstétricale, et administre le chloroforme. Les lèvres de la vulve sont tenues écartées ; une sonde métallique est introduite dans la vessie et confiée à un aide. On circonscrit la tumeur par une incision semi-lunaire dont le milieu répond au-dessous de la symphyse et les

parties latérales descendent le long des bronches du pubis et finissent dans les parois latérales du vagin. Ensuite, avec les doigts et le bistouri, on isole la tumeur en haut de l'arcade pubienne. Abaissant ensuite la mette médime détachée, on se fait du jour pour descendre le long de la branche gauche du pubis en détachant la tumeur de ce côté. Alors on sectionne longitudinalement l'urèthre à l'aide de ciseaux introduits le long de la sonde; celle-ci étant ensuite tenue abaissée, on attire l'urèthre au dehors pour le couper au delà des limites du mal, et on termine en isolant la portion de la tumeur qui reste derrière la branche descendante droite du pubis. On pratique en dernier lieu le tamponnement vaginal.

Ce procédé nous paraît, comme à son auteur, préférable à celui de Riberi, d'abord à cause du chloroforme et de la position; ensuite son incision nous semble convenir mieux que celle de Riberi aux cas d'extension latérale du mal. C'est à lui que nous nous arrêterions, en le modifiant toutefois un peu.

L'opération peut évidemment être pratiquée au bistouri, étant donnée la facilité que donne la forcipressure pour ménager le sang de la malade. Il ne faut pas oublier en effet, que la région est extrêmement vasculaire; c'est pourquoi l'emploi du thermo-cautère sera avantageux dans les cas où on sera résolu à ne pas tenter de réunion immédiate. Il sera question de cette dernière un peu plus loin.

A la suite de l'opération, on recommande comme moyen d'hémostase, le *tamponnement vaginal*. Nous

pensons que l'emploi du thermocautère, combiné au pincement ou à la ligature des vaisseaux les plus volumineux, par exemple des vaisseaux honteux internes, permettra de se contenter d'un tampon très peu serré, placé seulement comme pansement, et d'épargner ainsi à la malade le supplice du tampon hémostatique.

L'emploi de la *sonde à demeure* est également discutable, car nous voyons dans les observations, qu'elle n'a pas empêché l'urine de passer entre elle et la paroi du moignon uréthral. Dès lors, elle semble ne pouvoir servir qu'en cas de tamponnement serré, pour permettre la miction. Cependant, nous continuerions à nous servir de la sonde à demeure, mais en prenant une sonde de très gros calibre, qui ne permît pas le passage de l'urine le long de sa paroi externe, de façon à éviter, autant que possible, les premiers jours au moins, le contact de l'urine avec la plaie, d'autant plus que ce contact serait incessant, puisque, ainsi que nous l'allons voir, il y a toujours incontinence pendant les premiers jours, quand on a enlevé la totalité ou la plus grande partie de l'urèthre.

La possibilité d'appliquer un pansement antiseptique du moment que la plaie est soustraite au contact de l'urine, nous amène à nous poser une autre question. La réunion immédiate est-elle possible et avantageuse? Nous avons peu de données à cet égard, la réunion n'ayant été tentée dans aucune de nos observations. Dans le cas où il n'y aura pas trop grande perte de substance, on peut dire, *à priori*, qu'il sera toujours avantageux de suturer tout ce qu'il sera possible d'affronter.

Le cas échéant, nous tenterions certainement un pro-

cédé que nous avons vu tout récemment appliqué à l'hôpital Saint-Louis, par M. Péan, dans un cas de cancer de la vulve ayant envahi le méat : après résection de la partie initiale de l'urèthre, ce chirurgien place sur la périphérie de l'extrémité de l'urèthre quatre pointes de suture unissant la muqueuse uréthrale à la muqueuse vaginale voisine. Nous croyons ce procédé très recommandable, comme constituant une garantie contre l'infiltration d'urine, et donnant bien plus de facilité au catéthérisme dans les cas où, n'ayant reséqué qu'une faible longueur d'urèthre, on n'a pas lieu de craindre l'incontinence, ni par conséquent, de placer une sonde à demeure. En outre, le succès de la réunion immédiate assure évidemment une guérison bien plus rapide.

Peut-être la laxité de la couche celluleuse de l'urèthre chez la femme permettrait-elle de faire cet affrontement, même après résection d'une grande partie de l'urèthre. La possibilité de l'affrontement dépend évidemment, et de la longueur d'urèthre reséquée, et de l'étendue latérale de la perte de substance sur la paroi vaginale et les tissus sous-jacents. L'expérience seule peut résoudre ce point exactement.

Quant à l'ablation des ganglions inguinaux, elle ne saurait rien présenter ici de particulier ; elle sera, bien entendu, invariablement suivie de réunion immédiate.

Dans les faits connus jusqu'ici, l'absence de réunion n'a pas empêché la guérison de se faire assez promptement en général. La malade de Riberi, quoiqu'ayant présenté des complications inflammatoires du côté de la

vessie et du péritoine, était guérie au bout d'un mois. Chez les deux malades de Melchiori, où il y avait propagation latérale assez étendue, la cicatrice était complète, pour l'une en vingt-cinq, pour l'autre en vingt-un jours.

L'application de la méthode antiseptique, outre qu'elle rend le pronostic opératoire absolument bénin en supprimant toute éventualité de complication analogue à celle du cas de Riberi, doit nécessairement, là comme ailleurs, accélérer la guérison, surtout si on y joint la suture.

Quel est maintenant le sort de nos malades dans l'avenir? Deux choses se présentent à nos préoccupations: l'influence du délabrement opératoire sur les fonctions urinaires, et les chances de récidive du néoplasme.

Le premier point semble résolu : quand on enlève une faible partie de l'urèthre, il n'y a pas incontinence, même au début. Dans les cas où on a enlevé tout ou à peu près tout l'urèthre, il y a eu incontinence les premiers jours (Riberi, Melchiori), incontinence qui cessait avant la cicatrisation de la plaie. Le col de la vessie étant conservé, nous ne voyons pas de raison pour qu'il y ait jamais d'incontinence permanente. On sait que les fibres striées de l'urèthre de la femme n'ont pas, à beaucoup près, un rôle de sphincter aussi important que celles de l'homme, ou du moins, qu'elles s'acquittent toujours très imparfaitement de ce rôle ; leur suppression ne saurait donc modifier d'une façon très marquée les conditions de l'excrétion urinaire.

Pour ce qui est de l'incontinence des premiers jours,

nous croyons qu'elle peut s'expliquer par les douleurs auxquelles donnent lieu la moindre contraction du sphincter en déterminant de toutes parts des tiraillements sur la plaie récente.

Une conséquence qui se présente à l'esprit comme possible, est le rétrécissement du nouvel orifice uréthral. Ici encore nous manquons de renseignements.

Dans la plupart des observations, il est dit que le jet d'urine part d'un point plus postérieur et est dirigé plus en arrière qu'auparavant. Aucune ne mentionne de difficulté de la miction. Il est vrai qu'une seule malade a été revue longtemps (six ans) après l'opération.

L'examen des chances de récidive nous fournit l'occasion de traiter du *pronostic* en général.

Celui-ci, en l'absence d'intervention chirurgicale est absolument fatal.

Dans le cas de carcinôme, il le sera en général à plus bref délai (Picqué), et peut-être y aura-t-il moins à espérer de l'opération que pour un épithélioma.

Un état général satisfaisant et un état local permettant une large ablation, serait, pour l'épithélioma de nature à modifier très notablement le pronostic. Dans un cas opéré à la première période, il n'y avait pas de récidive au bout de six ans (Riberi).

Dans celui de M. Richet, qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions, plusieurs mois sont déjà passés sans traces de récidives.

Au contraire, dans un autre cas, à la deuxième période, avec engorgement ganglionnaire, il y eut récidive après six mois.

Est-il besoin d'indiquer la nécessité absolue d'une exploration locale détaillée, pour éviter une confusion grossière avec une affection utérine?

Ces faits indiquent au moins qu'on est en droit d'espérer une survie de plusieurs années, si l'affection n'occupe pas plus de la moitié de l'urèthre. Même si l'urèthre est envahi sur une plus grande étendue, et qu'il y ait déjà de l'engorgement ganglionnaire, les six mois de tranquillité qu'a obtenus Melchiori valent encore qu'on fasse l'opération.

Mais il serait inutile de nous étendre sur ce sujet, sur lequel nous ne pouvons qu'appeler de nouvelles recherches ou plutôt des observations plus nombreuses, et surtout suivies plus longtemps.

OBSERVATIONS.

Mémoire du professeur Riberi de Turin lu à la Societé médico-chirurgicale de Turin dans la séance du 23 août 1844, et imprimé dans le numéro d'octobre du journal des sciences médicales de la Société médico-chirurgicale de Turin.

(*Traduit de l'italien par le Dr Fréd. Cazalis*)

Mme V... d'un tempérament tout à fait sanguin, lymphatique et nerveux, âgé de 58 ans, d'une complexion assez délicate, quoique forte, pureté des mœurs; née de parents sains; ayant été dans son bas âge affligée de chute du rectum; habituellement constipée. Elle eut en outre, vers les onze ans, un écoulement sanguin par les parties génitales qui laissa après lui un écoulement continuel, blanc, inodore et assez abondant jusqu'à l'âge de 17 ans, époque à laquelle cette dame vit apparaître ses premières règles.

La menstruation s'accomplit avec régularité jusqu'à 48 ans, et pendant tout ce long intervalle de temps, la leucorrhée dont nous avons déjà parlé persista, mais avec une intensité beaucoup moindre que dans le principe; toutefois, ainsi que cela arrive d'ordinaire en pareilles circonstances, elle devenait beaucoup plus abondante pendant les quelques jours qui précédaient ou suivaient la menstruation.

Au début de la leucorrhée, la dame V... qui n'avait encore que 11 ans fut visitée par un docteur qui constata déjà à cette époque l'existence d'une petite tumeur siégeant dans le méat urinaire, tumeur indolente ad sensum, mais quelque peu douloureuse ad tactum. La malade dit même d'une manière assez positive qu'elle était atteinte de cette maladie depuis les première années de son existence.

La tumeur accrut peu à peu jusqu'au moment où eut lieu la première apparition des règles, c'est-à-dire jusqu'à dix-sept ans; elle se maintint ensuite stationnaire (la malade le pense du moins ainsi) jusqu'à la cessation de la fonction menstruelle qui arriva à 48 ans.

Il faut croire néanmoins qu'à l'âge de 26 ans cette tumeur avait déjà acquis un assez grand volume puisqu'à cet âge la malade, ayant été demandée en mariage, crut nécessaire de consulter une personne de l'art pour savoir si sa maladie ne s'opposait pas à ce qu'elle pût contracter de semblables nœuds. Le docteur prescrivit d'appliquer sur la tumeur une poudre noirâtre et caustique. Trois applications successives furent faites, mais on fut bientôt obligé de les abandonner à cause des violentes douleurs qu'elles occasionnaient, sans amener en compensation le plus léger avantage.

Mme V... s'étant mariée à 27 ans eût une seule grossesse qui fut nerveuse ; l'accouchement fut pourtant laborieux et les suites de couches assez longues pour s'opposer à ce qu'elle pût allaiter son enfant.

L'acte du coït, assez douloureux avant l'accouchement fut supporté depuis avec plus de facilité, mais dès que la fonction menstruelle eut cessé, il devint de nouveau assez pénible.

A l'âge de 48 ans quelques autres incommodités se joignirent à celle-ci : Mme V... réclama alors les conseils d'un docteur; mais comme celui-ci attachait peu d'importance à ces incommodités et à la tumeur, elle résolu de ne plus s'en préoccuper elle ne suivit en conséquence aucun traitement pendant dix longues années durant lesquelles elle fut tourmentée par des maux graves et nombreux tels que sensation continuelle et désagréable de remplissage (riempitura) en dedans des parties génitales externes ; envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle, augmentation notable de la constipation habituelle, l'obligeant chaque fois qu'elle allait à la selle à faire des efforts violents et douloureux ; quelquefois à la suite de ces efforts, réapparition de la chute du rectum dont elle avait été

affectée dans son bas âge ; douleurs vagues et passagères dans l'abdomen ; leucorrhée plus abondante qu'à l'époque où la menstruation existait encore ; quelquefois mais rarement, un petit écoulement de sang noirâtre par le vagin, accompagnée de fréquentes douleurs lancinantes dans la tumeur et dans le clitoris. Ce petit écoulement et ces douleurs avaient paru depuis cinq mois seulement, c'est-à-dire à la fin de l'année 1843 et au commencement de 1844. Plus tard à la fin du mois de février, l'ischurie vint se joindre à tous les phénomènes que nons venons d'énumérer.

Le docteur qui fut appelé pour donner ses soins à Mme V... rencontra dans un cas aussi ardu une difficulté très grande pour pratiquer le cathétérisme ; il conseilla à la malade de se soumettre à la rescission de la tumeur ; mais ses conseils ne furent pas écoutés.

Cependant les attaques d'ischurie devenaient de plus en plus fréquentes ; les douleurs augmentaient chaque jour d'intensité sans qu'il fût possible de les alléger par aucun moyen. La vie devint alors si pénible à Mme V... qu'elle résolut dans les premiers jours du mois de mai de se confier à mes soins. Elle était alors dans les conditions suivantes :

Etat général. — Maigreur notable ; couleur terreuse du visage, regard languissant ; esprit découragé et présageant un fatal avenir ; fièvre légère venant à des jours et à des heures irrégulières, quelquefois sans frissons ; grande constipation, langue rougeâtre, soif de temps en temps.

Etat local. — Urèthre un peu saillant, s'avançant au delà des grandes lèvres et grossi au point qu'on pouvait à peine introduire le doigt indicateur dans le vagin ; les parois vaginales hypertrophiées, mais non entamées ; une excroissance morbide, charnue, dure, de couleur rouge, çà et là marquée de taches noirâtres, du volume d'une aveline et insérée au contour interne et inférieur du méat urinaire qu'elle dépassait de plusieurs lignes ; grande difficulté pour faire passer la sonde à travers cette excroissance, qui était assez douloureuse au toucher. Expul-

sion de l'urine avec efforts, difficile et douloureuse; fréquentes douleurs lancinantes dans la tumeur, au pénil et au clitoris, ayant résisté à l'application des mille remèdes émollients, stupéfiants, toniques, suggérés par l'art ou par l'empirisme; urine avec un dépôt plus ou moins abondant, toujours trouble, quelquefois noirâtre; écoulement vaginal d'une abondance variable, mais un peu fétide depuis quelque temps; le corps caverneux du clitoris évidemment envahi par le mal; les petites lèvres déplissées par la grande étendue transversale de la tumeur, mais du reste saines; rien d'anormal sur les côtés entre la tumeur et les branches ischio-pubiennes; à l'aine gauche deux petites glandes dures, mobiles, de forme allongée, placées à peu de distance l'une de l'autre, rarement douloureuses, et ayant, la première le volume d'une fève, la seconde, celui d'une grosse aveline.

L'opération fut faite, le 2 juin.

Le professeur Riberi, avec deux aides, fait placer la malade sur un lit, appuyée sur ses coudes et ses genoux, la face postérieure de l'extrémité inférieure du tronc tournée en haut.

La tumeur fut isolée à droite et à gauche par deux coups de bistouri s'étendant des côtés du col de la vessie jusqu'aux côtés du méat urinaire. Le sang qui s'écoula brusquement masqua alors le champ opératoire; la malade fit d'énormes contorsions, et, dès lors, l'opération fut extrêmement difficile, l'opérateur n'ayant que son doigt pour se guider.

Néanmoins, il parvint après de nombreux efforts à détacher l'urèthre, des parois latérales, qui ne tenait plus alors qu'à la vessie. Ce fut l'affaire d'un coup de bistouri, mais alors, comment retrouver le col de la vessie. En tâtonnant, il arrive à passer une sonde et dès lors l'opération est terminée. Tamponnement du vagin pour arrêter l'hémorrhagie.

Le professeur Riberi fait remarquer que si pareil cas se représentait, il passerait une sonde cannelée dans la vessie avant de détacher l'urèthre, tournerait sur cette sonde tout le canal jusqu'en dehors des limites du mal, puis ensuite résèquerait cette partie malade.

Anatomie pathologique de la tumeur. — Elle a une longueur de 13 lignes, c'est-à-dire presque la totalité du canal, puisqu'il mesure de 12 à 14 lignes.

On voit au méat urinaire la substance fongo-coriacée dont nous avons parlé plus haut, faisant une saillie de 3 lignes.

La muqueuse est hypertrophiée ; les plis qu'elle offre naturellement sont plus relevés ; les espaces qui les séparent sont plus amples et plus profonds. Le tissu *rétro muqueux* présente une dégénérescence *squirrheuse lardacée.* Il est épais de plus de 8 lignes autour de l'urèthre, auquel il constitue une espèce de gaine. Son épaisseur morbide est plus marquée du côté du vagin que du côté de l'arcade du pubis.

Cette pièce est conservée dans le cabinet pathologique de l'Université royale.

La malade après l'opération. — Fièvre traumatique assez modérée ; grave menace de cysto-péritonite conjurée par l'application de vessies remplies de glace triturée sur la région pubienne et hypogastrique, et cela pendant l'espace de quinze jours environ.

Cuisson et excoriations dues au passage de l'urine, accidents inévitables sur lesquels il n'est pas besoin d'insister.

Diète pendant les premiers jours.

Douze jours après, enlèvement des tampons et de la sonde.

Alors plus d'irritation désagréable, plus d'excoriations.

Sortie involontaire des urines tout d'abord, puis petit à petit elle devint volontaire tout à fait.

Au toucher, on sentait une espèce de valvule triangulaire à pointes minces, pendante dans le vagin, s'interposant en guise de cloison entre le col de l'utérus et de l'ouverture de la vessie, et formée par un reste de la portion vagino-vésico-utérine de la muqueuse.

Plus tard, cette saillie, à la suite du travail de cicatrisation, cette valvule tirée en haut vers la place naturelle de l'urèthre, contracta des adhérences de manière à former pour ainsi dire un nouveau canal uréthral dont le méat, si on peut s'exprimer ainsi,

ne s'ouvrait qu'à quelques lignes au-dessous de sa situation habituelle.

Par cela même, la vessie, qui était libre et mobile dans le bassin, reprit sa fixité primitive.

Observations de Melchiori

Du cancer peri-uréthral chez la femme

Observation I.

Antonia S...., 49 ans, constitution robuste, menstruée à 16 ans, mariée à 21 ans, eut une seule grossesse et accoucha à 26 ans. L'enfant bien portant est encore vivant.

Bien réglée jusqu'à 44 ans.

Puis flux menstruels tous les 2 ou 3 mois, mais peu abondants ordinairement; parfois cependant ils étaient tellement abondants qu'ils amenaient de la prostration.

5 mois après la disparition complète des menstrues, je la vis pour la première fois. C'était le 29 mars 1862.

Malgré une bonne santé apparente elle raconta qne, depuis deux mois elle ressentait de temps en temps, et spécialement pendant la nuit ou lorsqu'elle était assise, une douleur lancinante mais passagère. Plus tard la douleur se montra pendant le coït, et ce fut ce qui amena la découverte, au niveau de l'orifice uréthral, au point où cet orifice se continue avec le vagin, d'une petite tumeur grosse comme une noisette, tumeur qui présenta bientôt une surface irrégulière d'où s'écoulait un suc ichoreux.

A l'examen voici ce que je constatai : orifice uréthral normal, et un peu au-dessous et à droite de cet orifice une tumeur de la grosseur d'une aveline, à surface rugueuse, mamelonnée, bourgeonnante au centre et donnant issue à un suc ichoreux peu abondant.

Cette tumeur était de consistance dure, à bords limités par l'urèthre et la paroi supérieure du vagin.

Le doigt introduit dans le vagin permettait de voir que cette tumeur se prolongeait en arrière, et si on passait une sonde métallique dans l'urèthre, on pouvait préciser les limites postérieures de la tumeur. Au moyen de ces deux manœuvres combinées, on voyait nettement que la tumeur ne s'étendait pas au delà de la moitié antérieure du canal uréthral en embrassant la moitié de sa périphérie.

La miction était facile, mais l'urine en arrivant sur la tumeur déterminait une forte sensation de brûlure.

L'utérus était sain,ainsi que le vagin. Les ganglions de l'aine n'étaient pas engorgés.

Je jugeai que la tumeur était de nature cancéreuse.

Je pratiquai l'extirpation (1) le 12 avril suivant (1862). Examinée au mois de février 1868, la malade était saine et bien portante. Il n'y avait aucune crainte de récidive.

Observation II

Maria P...., 52 ans, de constitution assez forte, menstruée à 16 ans, mariée à 27 ans, eut 3 enfants morts en bas âge. Souffrit de violentes douleurs intestinales, répétées et aggravées par l'usage immodéré de drastiques.

Je la vis le 17 mai 1866. Elle n'était plus menstruée depuis 4 ans. Elle me dit ressentir depuis 4 mois la sensation de violentes brûlures autour de l'urèthre.

Depuis un mois les douleurs étaient telle, que le coït était impossible, et depuis cette époque, elle avait de fréquentes envies d'uriner. Mais jamais la miction n'était douloureuse.

A l'examen je trouvai une tuméfaction du vestibule ; et au milieu l'orifice de l'urèthre normal.

La surface uniforme de cette tuméfaction était épaisse, dure, sans ulcérations, bien limitée, séparée à peine de quelques mil-

(1) Voir plus loin le procédé opératoire.

limètres de la branche descendante du pubis, et ne s'étendant en haut ni sur l'arcade pubienne ni sur le clitoris. En bas la tumeur était adhérente à la paroi supérieure du vagin.

La muqueuse vaginale était saine.

En introduisant une sonde métallique dans l'urèthre, et en mettant le doigt dans le vagin on délimitait nettement la tumeur qui s'étendait en arrière jusqu'au dessous de l'arcade pubienne, sans dépasser cette limite.

Cette tumeur donnait au toucher une sensation dure, presque indolente, même lorsque la pression était forte.

Le vagin, l'utérus, l'urèthre étaient normaux.

On trouvait dans l'aine quelques ganglions engorgés, mais petits et indolents.

Avant de venir me trouver, la malade avait pris pendant plusieurs jours des bains de sièges prolongés; elle avait employé en onctions différentes pommades calmantes, tout cela dans le but d'atténuer les violentes douleurs qui s'iradiaient soit du côté du bassin, soit dans les aines et dans les cuisses ; douleurs qui de jour en jour, devenaient de plus en plus intolérantes.

Je diagnostiquai un néoplasme cancéreux de la variété squirrheuse, intéressant le tissu cellulaire du vestibule, et contournant l'uréthre dans toute sa longueur.

L'extirpation entière de la tumeur et de l'urèthre me parut la seule indication ; et j'insistai auprès de la malade pour que l'opération se fît le plus tôt possible : un retard de quelques semaines seulement pouvant empêcher toute intervention.

On ne voulut pas m'écouter, et pendant quelques mois on continua les onctions répétées de pommades calmantes ; mais au mois de juillet suivant, la malade me revint.

Le vestibule était converti en un ulcère cancereux au milieu duquel on apercevait l'orifice de l'urèthre, inégal, rouge.

La face interne des nymphes, et en bas le contour du vagin étaient envahis par le mal et donnaient issue à un suc fétide, ichoreux, strié de sang.

En enfonçant le doigt dans le vagin, on sentait que la tumeur

avec progressé en arrière, et qu'elle s'étendait derrière la symphyse du pubis, et derrière ses branches descendantes, recouvrant ainsi le col de la vessie à sa jonction avec l'urèthre.

Les ganglions inguinaux ètaient volumineux, durs, douloureux.

La malade était considérablement amaigrie ; les douleurs étaient atroces, et ne pouvaient être calmées par aucune espèce de pommade.

La cachexie augmenta de jour en jour et la malade mourut au mois de septembre.

Observation III

Le 16 mai 1869 je visitai une paysanne de la vallée de Trentine, âgée de cinquante et un ans, de forte constitution, mère de cinq enfants le dernier ayant treize ans.

Elle me raconta que depuis deux ans, peu après la cessation des règles, elle avait éprouvée une sensation de piqûre à la vulve. Elle mettait cette douleur sur le compte d'un excès de température produite par une chaufferette.

Plus tard, elle s'aperçut que sa chemise était tachée de sang.

La miction des plus douloureuses donnait la sensation d'une forte brûlure.

Le coït était insupportable.

C'est alors qu'elle se fit visiter. On lui dit qu'elle avait un ulcère avec tuméfaction du vestibule.

Elle se fit pendant longtemps des injections et des lavages répétés avec des eaux émollientes.

Elle fit encore d'autres remèdes, mais sans résultat.

Le mal allait toujours en augmentant; les douleurs devenaient presque continues; il se produisait des hémorrhagies assez considérables.

La malade n'avait plus d'appétit, et maigrissait à vue d'œil.

Lorsque je la vis elle était dans un état déplorable.

On voyait sous le pubis, entre les lèvres, une tumeur grosse

comme la moitié d'un œuf de poule, ulcérée, à bords irréguliers, durs, lardacés.

L'urèthre s'ouvrait dans sa partie inférieure.

La muqueuse de l'orifice était rongée par places.

La face interne de la nymphe droite, la paroi supérieure du vagin étaient complètement envahies par le mal, ulcérées.

On pouvait introduire facilement une sonde métallique dans la vessie, et si alors, on mettait le doigt dans le vagin, on sentait l'urèthre entamé par la tumeur, qui finissait au niveau du col de la vessie.

On sentait également de l'induration dans le tissu cellulaire à droite du pubis.

De plus on constatait l'induration de quelques glandes vaginales qui étaient hypertrophiées douloureuses.

Quelques-unes de ces glandes étaient rouges et prêtes à s'ulcérer.

Je pensai à un cancroïde qui s'étendait sur toute la longueur de l'urèthre dans le tissu cellulaire voisin. Dans ce cas encore, le début de la maladie avait été dans le vestibule autour de l'orifice de l'urèthre.

Le traitement palliatif seul était indiqué.

Depuis je n'eus aucune nouvelle de la malade.

Observation IV

Madame N. B....., soixante-cinq ans, mère de dix enfants, d'un tempérament assez faible, a eu des maladies des voies respiratoires et des attaques d'hystérie.

Elle est sujette à la diarrhée, et a été tourmentée par de grands chagrins.

Lorsque je la vis, il y avait déjà trois ans qu'elle s'était aperçue de son mal.

Les premières douleurs avaient été ressenties pendant le coït. Elles consistaient en des sensations de piqûre au niveau de l'orifice de l'urèthre.

A l'examen, on ne trouvait à cette époque aucune ulcération, aucune tumeur, mais seulement un épaississement, une certaine dureté sous la muqueuse qui était douloureuse à la pression.

Puis le mal augmenta peu à peu et on vit apparaître une petite tumeur, qui s'ulcéra, devint très irritable, et occasionna des spasmes violents au moment de la miction.

Il lui fut alors suggéré par un chirurgien de soupoudrer cette petite ulcération avec de la poudre d'alun ; ce qu'elle fit une fois, mais pas davantage parce qu'il s'ensuivit une irritation vive, spasmodique avec de la fièvre, qui l'obligea de rester au lit et d'appliquer des émollients ainsi que des sangsues. Ceci se passait en automne 1853.

Depuis lors sa santé s'affaiblit de plus en plus ; ses forces diminuèrent considérablement.

A l'occasion du moindre mouvement, il se produisait des hémorrhagies ; aussi la malade était-elle obligée de rester assise ou couchée.

C'est dans cet état qu'elle vint me trouver, au commencement de mars 1854.

A l'examen, on voyait entre les grandes lèvres une tumeur charnue à surface rouge ulcérée, fongueuse, inégale, qui saignait facilement, grosse à peu près comme un œuf de pigeon et qui siégeait au pourtour du méat urinaire ainsi que sur la paroi vaginale.

La miction n'était nullement gênée, et on pouvait introduire facilement une sonde dans le canal uréthral jusqu'à la vessie.

Le vagin, très large, était sain, ainsi que l'utérus. Le doigt introduit dans le vagin permettait de reconnaître que la tumeur était beaucoup plus volumineuse en arrière. On sentait en effet la tumeur jusque derrière le pubis, et là, elle s'élargissait, empiétant surtout à droite, recouvrant de ce côté toute la surface interne de la branche descendante du pubis ; à gauche elle ne recouvrait que la moitié seulement de sa surface.

De plus, grâce au cathéter métallique introduit dans le canal uréthral, on sentait que toute la moitié antérieure de ce canal

était entourée par la tumeur, tandis que sa moitié postérieure était libre dans sa portion inférieure, sa portion supérieure étant envahie jusqu'à la vessie.

Le clitoris et les nymphes étaient sains; toutefois la face interne de celles-ci était hypertrophiée, et s'avançait vers la tumeur qui proéminait en avant et se trouvait ainsi en partie recouverte.

Les grandes lèvres, baignées continuellement par le suc ichoreux, présentaient çà et là quelques excoriations.

Dans l'aine droite on trouvait deux petites tumeurs mobiles.

La tumeur étant bien délimitée quoique très étendue en arrière, je me déterminai à l'extirpation, après avoir amélioré l'état général de la malade.

L opération eut lieu le 27 mars 1854.

La malade placée comme pour une opération obstétricale, un assistant tenait écartées en dehors grandes et petites lèvres. On introduisit alors dans la vessie une sonde métallique qui fut confiée à un aide.

Ainsi disposé, avec un petit bistouri convexe je fis une section semi-lunaire intéressant la muqueuse et le tissu cellulaire sous la région pubienne au delà des limites de la dureté; la moitié de la section correspondait au-dessous de la symphyse pubienne et les deux cornes descendaient le long des branches du pubis et finissaient dans les parois latérales du vagin, à côté de la tumeur ulcéreuse. Ainsi circonscrite superficiellement, la tumeur péri-uréthrale avec le bistouri et avec le doigt, essayant de la détacher de l'arcade pubienne. Ceci fait, je coupai les premières adhérences à gauche d'abord où le mal s'étendait le moins derrière la branche descendante, ce qui me fut assez facile, pouvant tirer en bas la grande masse déjà détachée en haut qui m'avait donné un espace suffisant pour voir et pour introduire le bistouri et le doigt. Alors j'isolai la tumeur à droite tout à fait derrière la branche descendante, ce qui n'était pas facile, la tumeur étant plus volumineuse à droite et plus enfoncée. Alors comme il y avait une hémorrhagie abondante, la

femme étant très faible, je décidai de laisser cette portion plus éloignée et de couper provisoirement la grande partie, laquelle approfondit la première section faite à droite, restée isolée avec l'urèthre, et un lambeau de la paroi antérieure du vagin était adhérent à l'urèthre.

L'extrémité postérieure de l'urèthre étant découverte à son insertion et le col vésical n'étant pas embrassé ici par le néoplasme, j'en fis la résection de la manière suivante : la sonde qui m'avait servi de guide pour détacher la tumeur en haut et postérieurement et qui m'avait aidé à l'abaisser pendant que je l'isolai supérieurement, me servit de guide pour détacher ainsi la paroi inférieure de l'urèthre, parce que le long de la sonde, j'introduisis une lame de ciseau (Borbice) mousse. Ceci fait, j'abaissai la sonde vers le périnée et prenant l'urèthre entre les doigts, je le tirai en dehors et le reséquai transversalement tout près du col de la vessie. En laissant la sonde dans la vessie, confiée à un aide, je tordis ensuite de petites artérioles donnant du sang dans le moignon de l'urèthre ; je tordis aussi l'artère honteuse interne gauche qui avait été coupée en emportant la portion de la tumeur qui était derrière la branche descendante du pubis. Une fois la perte de sang arrêtée, je pris avec la pince de Museux le reste de la tumeur que j'avais laissé derrière la branche descendante droite du pubis ; il fut facile de l'extirper simplement avec le doigt et le bistouri.

Cette masse était plus grande qu'une grande châtaigne, et ayant lésé l'artère honteuse sur laquelle elle siégeait, je dus aussi la tordre. Du fond de la plaie s'écoulait beaucoup de sang veineux qui ne cessait pas par des injections répétées d'eau glacée que je fis. C'est pourquoi je passai au tamponnement.

Je laissai la sonde encore entre la vessie dans la partie inférieure de l'urèthre, je commençai à introduire quelques tampons de charpie trempés dans l'alcool ; dans la partie profonde, d'où le sang veineux s'écoulait, je remplis le reste de la plaie avec de la charpie sèche ; je remplis aussi de charpie sèche le vagin, et la sonde tenue à sa place par le côté du tam-

pon, je l'assurai simplement au bassin par un bandage sans autre chose.

L'hémorrhagie ne continua pas, la charpie superficielle resta toujours blanche. L'extirpation de la tumeur fut rapide, la grande masse fut enlevée en moins de cinq minutes ; on n'employa pas beaucoup plus de temps pour la petite ; on employa plus de temps à arrêter le sang qu'à s'occuper à la torsion et au tamponnement.

Le 15 avril, la plaie s'est rétrécie, elle n'est plus enfoncée, mais c'est un plan incliné qui, de la symphyse du pubis, va finir à la paroi du vagin qui est plus en arrière. Le méat urinaire est immédiatement au-dessous de l'arcade du pubis.

A cause des soucis et de la mauvaise nourriture, dès ce jour, la malade dépérit avec diarrhée profuse. Elle commença à se rétablir en mai, et le 13 juin, elle était remise comme autrefois ; elle retenait l'urine pendant plusieurs heures, aussi bien debou qu'au lit et l'émettait à volonté. La partie opérée se présentait ainsi : le vestibule est un peu déprimé et porté en arrière et dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ; l'orifice uréthral n'a pas de bourrelet autant, et est porté un peu vers l'arcade du pubis et avec lui, le bord de la paroi supérieure du vagin. La cicatrice est presque nulle, élastique, flexible. Si l'indisposition intestinale n'était pas survenue, la malade pouvait se dire guérie le vingt-cinquième jour ou tout au plus un mois après l'opération, sans avoir couru de danger.

L'examen microscopique montrait une tumeur riche en vaisseaux sanguins, friable, facile à déchirer au centre, mais plus dense, plus ferme à la périphérie où l'on voyait quelques points d'aspect lardacé.

La portion de l'urèthre extirpée mesurait douze lignes. Elle était saine dans toute son étendue, sauf au niveau du méat, où l'on voyait quelques fongosités.

La muqueuse uréthrale était normale dans toute l'étendue du canal, et même au niveau du méat.

Le corps caverneux était également sain.

La tumeur occupait le tissu cellulaire péri-uréthral, de telle sorte que pour l'extirper, on ne pouvait pas moins que sacrifier l'urèthre tout entier, ainsi que la portion du vagin située au-dessous.

L'examen microscopique permettait d'affirmer la nature cancroïde de la tumeur.

Les suites de l'opération furent bonnes. La réaction fut peu accusée.

Il n'y eut ni cystite, ni péritonite.

Le 28, la plaie était un peu cuisante, il y avait de fréquentes envies d'uriner.

La sonde était restée en place ; mais l'urine sortait entre elle et le moignon de l'urèthre; de sorte que le tampon était infiltré d'urine. On enleva la partie antérieure du tampon, et la partie postérieure, laissée au fond de la plaie, fut imbibée d'esprit de vin.

Il n'y eut aucun accident.

Le 31, le pansement est retiré ; la plaie est rosée, tout à fait de bonne nature.

Le 1er avril, on enlève la sonde, qui est gênante. La malade peut retenir ses urines pendant deux heures ; mais après ce temps, elle est obligée de faire la miction, car l'urine s'écoule au dehors malgré elle.

Pendant quelque temps, les mictions furent ainsi fréquentes et obligèrent la malade à se lever souvent.

Le 10, la malade quitte le lit, et le traitement consiste en de fréquents lavages avec de l'eau tiède.

A l'examen on voit que le col vésical s'est transporté en avant et s'est appuyé à l'os du pubis ; les nymphes ont leur base portée en dedans. La paroi du vagin est portée en haut, de sorte que toute la place est réduite à un petit espace triangulaire sous l'arcade du pubis, espace légèrement concave, au milieu duquel se trouve l'orifice uréthral.

Le 15 avril, la plaie s'est un peu rétrécie, ne présente plus de concavité, et forme un plan incliné en bas et en avant, de la

symphyse pubienne au bord supérieur du vagin. L'ouverture de l'urèthre s'est élevée, et se trouve immédiatement au-dessous de la symphyse.

A cette époque l'état général de la malade s'aggrava, mais dès le mois de mai, et surtout dans le courant du mois de juin, la santé était redevenue bonne.

La malade n'a pas d'incontinence d'urine. Elle reste plusieurs heures sans avoir besoin d'uriner, tant debout qu'au lit.

La miction n'est pas gênée et est volontaire.

La guérison avait donc été complète le 25e jour ou tout au plus un mois après l'opération.

Observation de M. Richet (Picqué).

Mme X..., âgée de 64 ans, a toujours joui d'une bonne santé générale ; il y a vingt-quatre ans, elle a présenté un fibrome utérin qui s'est éliminé spontanément sous l'influence de l'ergot de seigle. Depuis dix-huit ans, elle a constaté l'existence d'une leucorrhée peu abondante.

La ménopause est survenue vers l'âge de 50 ans. Il y a cinq ans environ, la malade éprouva des démangeaisons à la vulve et des douleurs à la miction. Depuis six mois, ces symptômes se sont notablement aggravés ; pour la première fois, il survint une perte abondante qui prit, il y a deux mois environ, les caractères d'une véritable hémorrhagie ; la malade consulta, à diverses reprises, son médecin, qui se borna à quelques injections banales.

Lorsqu'elle se présenta pour la première fois à M. Richet, il fut facile de constater un notable rétrécissement de la vulve dû à une dureté siégeant au niveau du vestibule. Par l'examen direct, M. Richet constata tout autour de l'urèthre, mais surtout à gauche et en haut, une ulcération à bords indurés, saignant au moindre contact et à la surface de laquelle existaient une série de granulations semblant se prolonger sur la muqueuse uréthrale. La palpation de la face inférieure du canal, faite sur une sonde,

permit de reconnaître que l'induration ne dépassait pas sur cette face une étendue de 1 cent. 1/2 au pourtour du méat urinaire. Pas de rétention d'urine.

En présence de ces signes qui permettaient d'affirmer la nature maligne de l'affection, M. le professeur Richet proposa l'extirpation qui fut acceptée par la malade.

Le manuel opératoire fut simple.

Une sonde métallique fut introduite dans l'urèthre et la partie infiltrée fixée à cette sonde à l'aide d'une pince à griffes. L'extirpation au bistouri fut des plus simples et consista dans l'excision circulaire de toute la partie antérieure du canal ainsi fixé sur la sonde.

Il n'y eu aucun trouble consécutif, la plaie se cicatrisa rapidement. M. le professeur Richet a revu récemment la malade, cinq mois après l'opération. Le jet d'urine est légèrement dévié en arrière, mais il n'existe pas de rétrécissement.

CONCLUSIONS

En résumé, le cancer débutant au niveau ou au pourtour du méat chez la femme, est une affection absolument rare et sur laquelle l'attention des chirurgiens a été peu fixée jusqu'ici.

Ce cancer semble appartenir, dans la majorité des cas, à la variété épithéliale, sous forme d'épithélioma pavimenteux. Il peut plus rarement être constitué par un carcinôme.

On ne l'a vu débuter qu'après l'âge de 40 ans, et les irritations chroniques semblent avoir sur son développement la même influence que dans d'autres régions.

Son début souvent insidieux commande l'exploration locale à l'apparition du moindre symptôme fonctionnel pouvant lui être rapporté.

Ces symptômes se font remarquer par le peu d'importance relative des phénomènes urinaires, qui est en rapport avec l'intégrité fréquente de la paroi uréthrale.

L'extension de la lésion semble suivre une marche à peu près uniforme ; d'abord péri-uréthrale, elle s'étend ensuite en largeur dans le tissu cellulaire rétro-pubien, sur la partie attenante du vagin, en même temps qu'elle gagne la vessie et la paroi même de l'urèthre. Il y a alors engorgement des ganglions inguinaux.

L'affection peut être malaisée à distinguer du lupus.

Quant à la distinction entre l'épithélioma, la carcinome et le sarcome, elle nous paraît cliniquement impossible ou au moins, très incertaine. Au contraire le diagnostic différentiel avec les néoplasmes bénins de la région a paru facile dans les cas publiés jusqu'ici.

L'ablation peut et doit être faite tant que la vessie n'est pas intéressée, le minimum de la survie dans ce cas. ayant été de six mois.

L'emploi du thermo-cautère donne de bons résultats. On ne doit se servir du bistouri qu'en vue de faire la réunion immédiate de la plaie, réunion qui semble devoir être tentée quand l'affection n'est pas trop étendue.

Vu : le président de la thèse,
RICHET.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie,
GRÉARD